Aus der Königlichen chirurgischen Universitätsklinik Breslau.
(Direktor: Geh. Rat Professor Dr. Küttner.)

Ein Fall von Hämatom im Musculus Iliopsoas.

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Erich Kleemann,
Assistent an der Internen Abteilung des israelitischen Krankenhauses zu Breslau.

Breslau 1913.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.
Ursulinerstraße 1.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Küttner.

Dem Andenken

meines Vaters und meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit.

Als Teilerscheinung einer hämorrhagischen Diathese und mitunter als ihr erstes und zunächst einziges Symptom wird das Auftreten von Blutergüssen in die Substanz des M. iliopsoas beobachtet.

Meist ist die Entstehung dieser Hämatome eine spontane zu nennen, da die voraufgehenden geringfügigen Traumen, wenn sie überhaupt anamnestisch sich feststellen ließen, bei einem normalen Individuum nicht imstande gewesen wären, derartige Folgezustände zu zeitigen. Obwohl bereits Ende des 18. Jahrhunderts von französischer Seite (s. u. Sédillot) die Aufmerksamkeit auf die Psoashämatome gelenkt wurde und Rud. Virchow schon im Jahre 1851 durch Lemp den ersten Fall in Deutschland publizieren ließ, hat die Kasuistik dieser Erkrankung nur eine relativ geringe Bereicherung erfahren, indem bisher nur 23 Fälle in der Literatur, soweit ich sie zu verfolgen vermochte, mitgeteilt sind.

In der letzten Zeit wurde eine weitere einschlägige Beobachtung an der Küttnerschen Klinik gemacht; bei dem Patienten trat im Verlauf einer Leukämie die Erkrankung spontan auf.

Bevor ich auf die Einzelheiten dieses durch die Autopsie bestätigten Falles eingehe, möchte ich eine kurze Übersicht der vorliegenden Literatur in chronologischer Reihenfolge geben.

Nach Maydl ist der erste Fall dieser Art von Sédillot 1797 beobachtet worden. Leider sind aber seine Ausführungen mit wenig charakteristischen Angaben ausgestattet. Soweit mir die Originalliteratur zugänglich

war, habe ich die Krankengeschichten nach Möglichkeit zu ergänzen versucht.

1. Sédillot erzählt, der rechte M. Psoas wäre zerrissen gefunden worden bei einem Patienten, der an einer Entzündung und Eiterung gestorben war. Dieser war ein noch junger Mann und soll sich die Zersprengung des Psoas zugezogen haben, als er mit Aufbietung aller Kräfte ein sehr schweres Wasserfaß hob.

Außer dieser Beobachtung führt Maydl noch folgende 6 weitere an:

2. Nach Earl (1819) erfolgte der Riß des Psoas bei einem 48 Jahre alten Gärtner. Dieser hatte sich eine Tetanuserkrankung zugezogen. Der Autor beschreibt sehr ausführlich das ganze tetanische Krankheitsbild, gibt aber von der Psoasaffektion nur Erweichung des Muskels und Hämorrhagie an. Der Kranke starb. Angaben über Sektionsbefund fehlen vollständig.

3. Madame Lachapelle (1825) beobachtete denselben letalen Ausgang nach einem Riß, der sich während des Geburtsaktes ereignet hat.

4. Roux (1844) sah einen Fall von Psoasriß, der sich beim Heben einer Last zugetragen hatte. Unter den Symptomen wird Zittern erwähnt. Am Ende der 14. Woche ein Abszeß in der Lendengegend. Trotzdem Heilung.

5. Nach Sagot (1851) erfolgte die Zerreißung unter Krachen beim Fall nach rückwärts. Es handelt sich um einen 28 Jahre alten jungen Mann, der seitdem äußerst heftige Schmerzen in der Nierengegend, leichtes Zittern in beiden Beinen hatte. Keine Wirbelsäulendeformation. Processus spinosi und Muskelmassen nicht schmerzhaft. Keinerlei Bewegungslähmung und Sensibilitätsstörungen der Beine. Urin- und Stuhlentleerung normal. Sehr häufig am Tage, oft mehrmals in einer Stunde, heftige Schmerzen in der Nierengegend, die in Oberschenkel und Knie ausstrahlten. In den Adductoren beider Oberschenkel Konvulsionen. Sonst keine Krämpfe. Keine Bewußtlosigkeit. Anfälle dauerten 2—10 Min. Pat. windet

sich vor Schmerzen. Außerhalb der Anfälle kann er frei herumgehen. Nur dumpfer Schmerz in Nierengegend, der bei Beinbewegungen erhöht ist. Nach 2½ Monaten unter Vesicantien, Blutegel und anderen resorbierenden Mitteln Heilung.

In demselben Jahre erfolgte auch die erste einschlägige Publikation in Deutschland, die R. Virchow in Gestalt einer Inauguraldissertation von Lemp veröffentlichen ließ: „De haemophilia nonnulla adjecto morbi specimine rarieri."

6. Über den Sektionsbefund schreibt Lemp: In cavo abdominis praeter parvam copiam transsudati nusquam adhaesio aut pigmentatio quaedam inventa est; in fossa iliaca tamen dextra, in regione musculi iliaci tumor in conspectum venit plenus, oblongus, qui obscure fluctuebat et excisus totum musculum iliacum implebat, ita ut in superficie cum anteriore, tum posteriore fibrae musculares observarentur. Tumor circiter 8,5 cm longus, 6,6 cm crassus, 7 cm latus, incisus testum praebebat et contentum siccum, fuscum, omnino friabile, passim gummosum, quod facile a pariete resolvebatur nec ullam structuram organicam visui offerebat." Der Patient, ein 23 jähriger Bluter, war 3½ Jahre vor seinem Tode auf dem Eise gefallen und hatte danach eine in Schüben wachsende und sich von Zeit zu Zeit zurückbildende Geschwulst, die als Hämatom imponierte, im M. iliopsoas bekommen.

7. A. Foot. Es trat bei einem an Tetanus erkrankten Pat. „Erweichung des M. psoas" Hämorrhagie und Tod ein.

8. Ein Mann spürte bei einer heftigen Anstrengung ein tiefes Krachen in der Höhe der rechten Flanke mit ausstrahlenden Schmerzen gegen die obere und innere Partie des Oberschenkels. Obgleich er in seinen Bewegungen behindert war, so setzte er dennoch seine Arbeit 2 Tage hindurch fort, während er eine leichte Verschlimmerung erfuhr, die ihn ins Hospital führte. Ein tiefer Schmerz, Auftreibung des Bauches, begleitet von Fieber ließen eine partielle Peritonitis erkennen. Die starke, besonders in der rechten Lendengegend befindliche Schmerzhaftigkeit

steigerte sich auf stärkeren Druck. Nachdem nach 3 tägiger Ruhe die leichten entzündlichen Erscheinungen verschwunden waren, konnte man durch Palpation nichts nachweisen, aber der Schmerz wurde größer, sobald die Psoasgegend berührt wurde oder wenn der Kranke den rechten Oberschenkel flectierte. Dies gab die Veranlassung, die peritonitischen Erscheinungen in Verbindung mit der Zerreißung einiger Muskelbündel des Psoas zu bringen.

9. Bei Fleischer und Penzoldt, in einer Arbeit über Beiträge zur Lehre von der Leukämie in Muskeln, Archiv für kl. Medizin ist ein Fall von Nebennierenruptur erwähnt; aus dem Sektionsprotokolle will ich ganz kurz folgendes anführen: „An der Stelle der rechten Niere ist das Bauchfell ganz dunkelblau durchscheinend und stark aufgetrieben. Die ganze rechte Niere rings von einem bis über 1 ccm dicken grauroten Blutextravasat, welches jenseits der unteren Spitze der Niere in ein bis zum Beckeneingang reichendes blutiges Ödem übergeht. Nach oben geht das die Niere umgebende Extravasat über in eine weite Höhle, die ganz aus breiigen, grauroten Blutmassen ausgefüllt ist.“ Sonstiger Befund entspricht dem bei Leukämie.

Aus der französischen Literatur berichtet K l e î n über folgenden Fall (cit. nach H. Moses):

10. „Ein Soldat, bei dem im Anschluß an einen Fall Schmerzen in der rechten Hüfte und Sugillation der rechten Regio hypogastrica und des Scrotums aufgetreten waren, zeigte nach der ca. 2 Monate später erfolgten Aufnahme einen Tumor in der rechten Beckenschaufel, Flexionsstellung des rechten Beines, Ödem der regio hypogastrica und der oberen Oberschenkelhälfte, Anaesthesie im Gebiete der Nervus cruralis. Operation. Am selben Tage starke Blutung, Erbrechen; am nächsten Tage unstillbare Blutung; Exitus. Bei der Autopsie zeigte sich, daß die Blutung ihre Quelle im Psoas hatte.“

11. G a y e t (Virchows Jahresarchiv über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin 1895, II, 54) sah bei einem hämophilen Knaben ein Hämatom in der Scheide

des Psoas, das anscheinend spontan entstanden war und sehr starken Schmerz und starke Flexionskontraktur verursachte. Eine Ursache für diese Geschwulst ließ sich nicht nachweisen.

Wahrscheinlich gehört zu diesen hämophilen Psoashämophilem auch Beobachtungen von Carrive, die ich nach Moses genau zitiere.

12. Bei einem 36 jährigen Patienten entstand ohne ein vorausgegangenes Trauma ein Psoashämatom. Dieses wurde von einem Lumbalschnitt aus ausgeräumt, die Wunde tamponiert. Es trat Eiterung ein, die eine Gegenincision notwendig machte. Bei dieser Operation erfolgte profuse Blutung, die nicht gestillt werden konnte. Kurz darauf Tod. Sektion wurde nicht gemacht.

13. Bei einer 20 jährigen Weberin, die vor 1¾ Jahren auf einer Treppe hingefallen war, traten allmählich zunehmende Schmerzen in der rechten Hüftgegend auf. Über der crista ossis ilei 3—4 cm vor der spina iliaca posterior superior war ein harter, wenig druckempfindlicher Tumor zu fühlen, der an Größe in den letzen zwei Monaten stark zugenommen hatte und die vordere Bauchwand verwölbte. Gleichzeitig bestand Flexionsstellung des Beines, Erschwerung des Stuhlganges und der Miction. Keine Pulsation des Tumors. Rectal und vaginal kein sicherer Befund. Anaesthesie im Gebiet des Nervus cruralis. Nach 1½ Monaten wurde der Pat. ungebessert entlassen, nach 6 Wochen erfolgte unter steter Verschlechterung des Allgemeinbefindens der Tod. Keine Autopsie.

14. Die dritte Beobachtung von Psoashämatom sah Carrive bei einem Maurer, der von der Leiter gestürzt war und seitdem heftige Schmerzen beim Gehen hatte. Das Hämatom wurde ausgeräumt, es trat Heilung ein. Nach einem halben Jahre Rezidiv, Operation, Heilung. Nach einigen Monaten erneues Rezidiv, das wie die früheren behandelt wurde.

15. Der letzte Fall Carrives betraf einen 55 jährigen Landwirt, der mit der Diagnose Beckentumor ins Hospital

geschickt war. Drei Monate vor der Aufnahme war Pat. aus einer Höhe von 4 m auf die rechte Lendengegend gefallen. Vor einem Monat begannen die ersten Symtome des jetzigen Leidens, Schwäche im rechten Bein, Schmerzen in der fossa iliaca; es fand sich ein leicht fluktuierender Tumor in der rechten Psaosgegend, der etwas unter das ligamentum Pouparti reichte. Der Psoas war verhärtet und grau.

16. Müller (zitiert nach Deutsche Chirurgie, Bd. 67) beschrieb ein Psoashämatom bei einem 17 jährigen Artisten. Bei einem Salto mortale riß der convexgebogene M. psoas major. Die Behandlung bestand in Massage, Friktion und Kreis- und Längsstreichen von 5—10 Minuten Dauer nach vorheriger Darmentleerung. Der Tumor nahm zusehends an Größe ab und war nach 10 Tagen völlig verschwunden. Die Beschwerden waren nach 14 Tagen vollkommen aufgehoben. Die Massage wurde durch gymnastische Übungen unterstützt.

17. 18. In den beiden Beobachtungen von Thiem handelt es sich wahrscheinlich um eine Kombination von Psoasriß und Brüchen der Querfortsätze von Lendenwirbeln. Beide sind wohl durch direkte Gewalt entstanden, wenngleich Versuche die Wucht des Traumas durch irgendwelche Muskelbewegungen abzuschwächen, nicht auszuschließen sind (zitiert nach Deutsche Chirurgie, Bd. 64).

In neuerer Zeit ist aus der Königsberger Chirurgischen Klinik im Jahre 1905 (Brunssche Beiträge, Bd. 47) eine ausführliche Arbeit über diese seltene Affektion erschienen, die H. Moses zum Verfasser hat, und der ich folgende 4 Krankengeschichten entnehme:

19. (Moses 1.) In einem Falle handelt es sich um einen 17 jährigen jungen Mann aus Rußland, der im Jahre 1894 die Klinik zum ersten Male aufsuchte und später noch zweimal daselbst behandelt wurde. Der rechte Oberschenkel war im Hüftgelenk bis zu einem Winkel von 140°

gebeugt, nach innen rotiert, konnte nur unter Schmerzen gestreckt werden und war erheblich magerer, als der linke. Der Pat. konnte nicht gehen. Da die Geschwulst als Sarkom angesprochen wurde, wurden 11 Injektionen von Erysipeltoxin vorgenommen. Nach einer Injektion trat heftiges Nasenbluten auf. Pat. wurde nach 2 Monaten ohne Besserung entlassen. Zu Haus verkleinerte sich in 6 Monaten die Geschwulst allmählich. 11 Tage vor der zweiten Aufnahme in die Klinik bemerkte Pat. plötzlich eine Geschwulst im oberen und mittleren Oberschenkeldrittel, die an sich nicht druckempfindlich im zugehörigen Beine ausstrahlende Sehnungen verursachte. Zugleich ging das Bein in Flexions- und Innenrotationsstellung über in demselben Grade, wie die Geschwulst zunahm. Bei einer Probepunktion entleerte sich dunkelflüssiges Blut. Ein Bruder des Pat. ebenso wie ein Bruder der Mutter litten oft an schwer stillbaren Nasenbluten. Die Geschwulst vergrößerte sich nach oben bis zum Tuber ischii. Die vorgenommene Operation deckte ein großes Muskelhämatom auf und zog eine starke Blutung von mehreren Tagen nach sich, so daß sie erst durch Verschorfung mit dem Paquelin gestillt werden konnte, worauf Heilung erfolgte.

Mehrere Jahre später trat ein Rezidiv auf, das auf kalte Umschläge zurückging.

20. (Moses 2.) Ein 11 Jahre alter Besitzerssohn aus Ostpreußen, dessen Mutter selbst angibt, daß sie bei der geringsten Verletzung sehr leicht blutet, und daß die Blutungen sehr schwer zu stillen sind, bekam plötzlich einen Tumor von Gänseeigröße in der rechten Leistengegend, der stark schmerzhaft war. Das rechte Bein konnte nicht gestreckt werden. Die Haut war über dem Tumor verschieblich, der Fluktuation zeigte und schmerzhaft war. Das in Flexion gehaltene Hüftgelenk zeigte keine Rotationsbeschränkung. Die Probepunktion ergab eingedicktes Blut. Unter konservativer Behandlung (Eisblase, Heftpflasterverband zur Streckung des Beines, Gipshose) erfolgte Heilung.

21. (Moses 3.) Bei einem 18 Jahre alten Pat. aus Rußland, dessen Mutter an oft auftretenden unstillbaren Blutungen litt und dessen Brüder alle Bluter waren und bei dem selbst sehr schwer stillbare Blutungen aus dem Zahnfleische sich zeigten, bildete sich ein Tumor im linken Musculus iliopsoas. Bei der Aufnahme hatte der Pat. einen sehr kleinen frequenten Puls von 90 Schlägen in der Minute. In der linken Ingunialgegend fühlte man in der Tiefe eine etwa faustgroße, ziemlich derbe, elastische Resistenz, von glatter Oberfläche, die nicht druckempfindlich war. Sie reichte bis an das ligamentum Pouparti, nach oben bis etwa in halbe Nabelhöhe. Der linke Oberschenkel stand in Flexion von 120° und konnte nicht gestreckt werden. Nachdem zuvor die Geschwulst einer Punktion sich um das doppelte vergrößert hatte und Fieber aufgetreten war, gingen dann die Symptome unter konservativer Behandlung zurück. Pat. hatte schon öfter und bald nachher an ähnlichen Erscheinungen gelitten.

Im letzten Jahre wurden drei einschlägige Fälle in der D. M. W. von Wagner mitgeteilt.

22. (Wagner, Fall 1.) Der 18 Jahre alte Kaufmannslehrling erlitt einen Unfall beim Fußballspiel, kam apathisch mit kleinem irregulärem Puls, Schmerzen und défense musculaire in der linken Bauchseite ins Krankenhaus. Kein Blut im Urin. Eine Dämpfung vom Rippenbogen bis zum Ligamentum Pouparti auf der linken Seite bei der Operation wurde ein retroperitoneales Hämatom gefunden, das das Colon descendens bis zur Mittellinie verdrängt hatte. Ungestörte Heilung.

23. (Wagner, Fall 2.) Ein 27 Jahre alter Eisendreher ohne charakteristische Anamnese, hatte auf der linken Seite eine vom Rippenbogen bis ins kleine Becken sich erstreckende Geschwulst. Die Probepunktion ergibt alte Blutcoagula. Ausräumung des cystischen Sackes, Tamponade, Heilung.

24. (Wagner, Fall 3.) Ein 47 Jahre alter Arbeiter erkrankte nach einer größeren Anstrengung plötzlich unter

heftigen Schmerzen. Er wurde wegen Leistenbruches operiert, wobei man eine große bis zur Magengegend reichende retroperitoneale Blutcyste fand. Entleerung, Tamponade, Heilung.

In neuester Zeit wurde aus der chirurgischen Abteilung des Städt. Krankenhauses zu Posen von K o c h folgender Fall mitgeteilt:

25. (K o c h.) Ein 29 Jahre alter Mann erkrankte plötzlich unter heftigen Schmerzen in der linken Bauchseite. Kein Erbrechen. Bei der Aufnahme wurde aus dem ganzen Symptomenbild die Diagnose auf akuten Ileus gestellt.

Bei der Operation wurde ein retroperitonealer dunkelroter schwammiger Tumor gefühlt, der die linke Bauchseite von der Zwerchfellkuppel bis zum Promontorium einnahm. Nach Durchtrennung des Peritoneum parietale kam man auf geronnene Blutmassen, die ausgeräumt wurden. In ihnen fand man einen Fetzen eines Nebennierenstückes.

Nieren und Nierengefäße sowohl wie Ureter waren vollkommen intakt.

Aus diesen zusammengestellten Fällen ergibt sich, daß es Hämatome im Psoas gibt, die auf Grund einer hämorrhagischen Diathese (Hämophilie) spontan auftreten. Viel häufiger finden sich solche Muskelblutungen, wenn traumatische Schädigungen die Lendengegend treffen. Zu der ersten Kategorie der spontanen Blutungen im Psoas auf Grund einer hämorrhagischen Diathese kann ich einen sehr interessanten, in der hiesigen chirurgischen und medizinischen Universitätsklinik beobachteten Fall beibringen, bei dem Leukämie die Ursache der Diathese war.

26. Der 24 jährige Pat. befand sich seit längerem in Behandlung der Medizinischen Klinik wegen myeloider Leukämie. Am 21. Januar 1911 klagte er plötzlich über Seitenstechen links. Die Schmerzen strahlten nach dem linken Hüftgelenk und nach hinten aus. Am 3. Februar bildete sich im Verlaufe des Tages in der linken Lumbalgegend eine Geschwulst aus, die vom Morgen bis zum Abend unter den Augen größer wurde und, nach der

Dämpfung und dem Palpationsbefunde zu urteilen, in die bereits früher vergrößerte Milzdämpfung überging. Seit dem 2. Februar 1911 war Stuhl- und Windverhaltung aufgetreten.

Bei dem äußerst anämischen Pat. mit dem Blutbefund: Hämoglobin 52 %, rote Blutkörperchen 3 120 000, weiße Blutkörperchen 216 000, neutrophile polynucleäre 30 %, Myelocyten 48 %, große mononucleäre Übergangsformen 10,5 %, kleine Lymphocyten 2 %, Eosinphile 3 %, Mastzellen 6 %, Normoblasten 0,5 % und einer stark vergrößerten Milz, die handbreit den Rippenbogen überragt, findet man in der linken Seite der Bauchgegend eine kokosnußgroße harte Anschwellung, die in die Lumbalgegend übergeht, die linke Seite des Mesogastriums in Handbreite einnimmt und nach unten etwa bis zur Mitte des Leistenbandes reicht; nach innen überschreitet sie ungefähr handbreit die linke spina ileum, nach oben verschwindet die Geschwulst unter dem Rippenbogen und reicht bis in die Nieren- und Milzgegend; von letzterem geschwollenen Organ ist sie nicht zu trennen. Das linke Bein steht in Kontraktur von 45° und kann nicht gestreckt werden. Der ganze Leib ist mit Ausnahme der die Geschwulst einnehmenden Stellen frei und schmerzlos.

Seitens der inneren Klinik (Privatdozent Dr. Forschbach) wird die Geschwulst für das invaginierte Colon descendens gehalten, zumal Stuhl- und Windverhaltungen seit 2 Tagen besteht und mehrfaches Erbrechen galliger Massen auftrat.

Wegen der Psoaskontraktur, wegen des Fiebers, wegen der sehr harten Resistenz in der linken Seite, die sich in die linke Lumbalgegend fortsetzte und undeutlich fluktuierte, wurde die Möglichkeit eines paranephritischen Abszesses erörtert.

Die Probepunktion in der Lumbalgegend links im Bereiche der Geschwulst ergab zweimal schwarzes Blut. Deswegen wurde die Möglichkeit einer Ruptur einer leukämischen Milz erörtert. Da wegen der Ileuserschei-

nungen die Indikation zur Operation auf der Hand lag, wurde der Pat. am 3. Februar 1911 abends operiert (Oberarzt Prof. Coenen).

In rechter Seitenlage, Schrägschnitt, der auf die Milz und linke Nierengegend gerichtet ist. Nach Durchtrennung der Muskulatur und des stark ödematösen subkutanen und intramuskulärem Bindegewebes entquellen der Tiefe der Wunde Cruormassen, die aus der Nierengegend stammen und jetzt den Verdacht eines perirenalen Hämatoms aufsteigen lassen. Die Cruormassen wurden ausgeräumt und machen etwa zusammen die Größe eines Kindkopfes aus. Die geronnenen Blutmassen enthaltene Höhle liegt vollständig extraperitoneal zwischen Peritoneum parietale und M. iliopsoas und in dessen Muskelfleisch. Die Lumbalnerven werden in der Tiefe sichtbar. Die ganze Höhle wird ausgiebig tamponiert. Beim Ausräumen der Cruormassen kolabiert der Pat. stark, so daß eine weitere Orientierung vor allen Dingen über das Verhalten der Niere unangebracht ist. Nach der Operation Kochsalzinfusion intravenös und später subkutan. In den folgenden Tagen mehrfach blutiger Stuhl.

Unter beständigem blutigen Nachsickern aus der Wunde und fast kontinuierlichem Fieber bis über 39°, unter pleuritischen Erscheinungen und unter kleinem frequenten Puls und Dyspnoe tritt am siebenten Tage nach der Operation der Exitus letalis ein.

Gelatineinjektionen waren vergeblich. Eine in Betracht gezogene vitale Bluttransfusion mit Hilfe der Gefäßnaht konnte wegen Mangel eines Blutspenders nicht durchgeführt werden.

3 Tage nach der Operation bemerkte man an der linken Seite des Scrotums und am Dorsum penis eine blutige Suggilation.

Am 8. Februar 1912 Blutbefund: Hämoglobin 48 %, rote Blutkörperchen 3 400 000, weiße Blutkörperchen 278 000. Kurz vor dem Tode wurde eine rechtsseitige Pleuritis diagnostiziert.

Die Sektion am 10. Februar 1911 ergab, daß die linke Niere normal war und in ihrer unteren Hälfte an das lumbale Hämatom grenzte. Dieses Hämatom entstammte aber nicht der normal aussehenden linken Niere, sondern dem linken M. iliopsoas. Von hier aus hatte das Blut sich entlang den Samenstranggefäßen in den linken Scrotalsack gesenkt und war auch in das parietale Peritoneum und in das Colon descendens diffundiert.

Der sonstige Organbefund entsprach mit der stark vergrößerten Milz dem für Leukämie charakteristischen Bilde. Außerdem wurde noch eine linksseitige Unterlappenpneumonie und geringer seröser Erguß in der rechten Pleura festgestellt.

Mit den in der hiesigen Klinik beobachteten Fällen liegen mithin 26 Fälle von Psoashämatom vor. Von diesen 25 Fällen sind 14 auf traumatischer Basis entstanden (1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 15, 16, 17, 18, 22, 24), wenigstens ist bei allen diesen eine äußere Ursache nachgewiesen. Ein Teil der Fälle ist allerdings wegen der dürftigen klinischen Angaben (1, 2, 3, 4, 7) kaum zu verwerten. Sehen wir von diesen Fällen ab, so ergibt sich eine traumatische Ursache bei Fehlen aller konstitutionellen Erkrankungen in 7 Fällen.

Im Gegensatz dazu stehen die Fälle 6, 9, 11, 12, 14, 19, 20, 21 und mein Fall 26. Es ist aus den Krankengeschichten kein vorausgegangenes Trauma zu entnehmen, mithin kann man diese Fälle als spontan enstanden annehmen, zumal die Anamnese und der klinische Verlauf in Nr. 6, 11, 12, 14, 19, 20, 21 Hämophilie, in Nr. 9 und 26 Leukämie anführt. Daß bei diesen Blutanomalien spontane Blutungen häufig sind, ist bekannt. Worauf sie beruhen, wird man erst entscheiden können, wenn man über das Wesen der Hämophilie und Leukämie vollkommen klar sein wird. Wenn auch in den Krankengeschichten, die ich für die spontan entstandenen Psoashämatome anführen möchte, ein Trauma absolut nicht nachweisbar ist, so möchte ich doch nicht verfehlen, darauf hinzuweisen, daß z. B. durch Anstrengung der Bauchpresse, Hustenstöße, etwas for-

ziertes Bücken kleine Läsionen in den Gefäßen gesetzt worden sein könnten, wodurch diese Affektionen entstanden sind.

Was die Symptome der Psoashämatome anlangt, so sind diese, wie schon M o s e s in seiner Arbeit hervorhebt, nicht wesentlich verschieden von anderen Affektionen im Psoasgebiete.

Man findet stets eine meist allmählich entstandene Geschwulst in der Iliacalgegend. Meist wenn der Tumor groß genug ist, um die Psoasscheide zu spannen, steht das zugehörige Bein in Flexionsstellung. Die Streckung im Hüftgelenk ist sehr erschwert oder aufgehoben, dagegen ist die Rotation frei. Neben Ödem der vorderen Bauchwand und der Extremitäten durch Druck auf die großen Gefäße sind häufig Schmerzen (cf. Fall 11, 20, 21, 26) und zuweilen Anästhesie im Verlaufe des Nervus femoralis. Der Fall 20 beweist, daß auch Fieber vorhanden sein kann, das anscheinend mit dem Verhalten der Tumorgröße in Zusammenhang steht. Dies ist sehr verständlich, da in diesen Fällen das Fieber als aseptisches aufzufassen ist, wie es ja häufig bei größeren Blutergüssen ins Gewebe auftritt. Es unterscheidet sich bekanntlich von dem auf infektiöser Basis beruhendem durch das Fehlen von Schüttelfrösten, durch den guten, nur etwas beschleunigten Puls und den geringen Temperaturanstieg.

Bei der D i a g n o s e kann man durch eine genaue Anamnese wesentlich unterstützt werden (cf. Fall 20, 21). Im großen und ganzen durfte (vgl. M o s e s), die Diagnose doch nur per exclusionem gestellt werden können. Ist ein Trauma vorausgegangen, so wird man natürlich an die Möglichkeit eines Hämatoms immer denken müssen. Differential - diagnostisch kommen sämtliche in dieser Gegend auftretenden Affektionen in Betracht, die erst ausgeschlossen sein müssen, bevor man die Diagnose eines Psoashämatoms stellen darf.

So sind z. B. Psoitis, Lues, maligne Geschwülste, kalte Abszesse, Cysten, Echinococcen, Osteome des Iliopsoas (d. h.

Implantation von Periostteilchen infolge Fracturen oder ohne diese vom Knochen losgerissenen Teilchen), perirenale Hämatome, Rheumatismus, Phlegmonen, Tumor albus in den Kreis der Betrachtung zu ziehen. Ferner mußte man Appendicitis mit Psoasbeteiligung und Invagination ausschließen können. Besonders ist auch an die eitrigen Psoasaffektionen bei der Differentialdiagnose zu denken, da — wie bei allen Psoasbeteiligungen — auch hier infolge des Entzündungsreizes Verkürzungen dieses Muskels eintreten. „Später tritt (cf. Handbuch der Chirurgie Bergmann, Bruns, Mikulicz) eine reflektorische Kontraktion der übrigen Hüftbeuger ein, um den Psoas zu entspannen."

Ein großes diagnostisches Hilfsmittel dürfte in diesen Fällen die Probepunktion sein, die auch wohl immer statthaft ist, außer wenn der Verdacht oder die Sicherheit einer hämophilen Blutanomalie oder, wenn Verdacht auf einer durch Appendicitis hervorgerufene Psoasaffektion oder sonstige infektiöse Prozesse vorliegt. Im letzteren Falle wird man deshalb nicht eine Punktion wagen dürfen, weil man den abgesackten Herd eröffnen und dadurch eine diffuse Peritonitis erleben würde. Im ersten Falle (cf. Fall 20) ist sie m. A. nach unbedingt zu widerraten, wenn auch H. M o s e s darüber schreibt: „Man wird sich zu einer Probepunktion häufig auch auf diese Gefahr hin entschließen müssen, zumal die Hämophilen ja bekanntermaßen gegen Blutverlust äußerst tolerant sind und sich auffallend schnell wiederholen. Da außerdem die Blutung nicht außen erfolgt, kommt sie infolge der durch das Hämatom ausgeübten Kompression doch ausschließlich zum Stehen." Jedenfalls ist ohne Punktion die Diagnose schwierig, wenn überhaupt möglich. Daher ist auch Fall 12 mit einer gewissen Skepsis aufzunehmen.

Bei der T h e r a p i e ist m. E. der konservativen Methode in jedem Falle der Vorzug zu geben und in dem Falle einer hämophilen Veranlagung dürfte eine andere Behandlungsmethode überhaupt nicht in Betracht kommen. Zur operativen Behandlung bei Leukämischen muß noch als

Gegenindikation die absolut infauste Prognose des Grundleidens angeführt werden. Denn bei der operativen Behandlung ist man nicht einmal bei den auf traumatischer Grundlage entstandenen Hämatomen (cf. Fall 14) vor Rezidiven sicher und bei Hämophilen ist die Operation ein lebensgefährlicher Eingriff. Jedenfalls ist die abwartende Methode mehr zu empfehlen, als die operative, da sie bessere Resultate gibt. Man wird also mit Bettruhe, Eisblaseapplikationen oder elektrischen Lichtbädern, feuchtwarmen Umschlägen und sonstigen resorptionsanregenden Mitteln auszukommen suchen.

Die Flexionskontraktur wird man durch geeignete Extensionsverbände zu beseitigen bestrebt sein.

Bei Hämophilen dürfte die Anwendung von Styptica, Gelatine, Adrenalin zu empfehlen sein. Außer diesen üblichen internen Mitteln käme vielleicht auch die neuerdings empfohlene Behandlung mit Serum von normalen Menschen oder die Bluttransfusion mit Gefäßnaht in Beracht.

Was das Alter der Patienten anlangt, so bewegt es sich zwischen 11 und 55 Jahren. Unter den 26 Fällen sind die Hämatome 24 mal bei Männern beobachtet worden und nur 2 mal bei Frauen. Es ist klar, daß die Männer mit ihrem schweren Berufe traumatischen Insulten vielmehr ausgesetzt sind. Ferner ist in Betracht zu ziehen, daß Hämophile fast immer Männer sind; also auch bei den spontanen Blutungen wird das männliche Geschlecht prävalieren müssen. Von den mir bekannt gewordenen Fällen sind 11 in Heilung ausgegangen, während 1 Fall mit Exitus endete, der jedoch in erster Linie durch das Allgemeinleiden bedingt war (Tetanus, Sarkom, Leukämie). Über die übrigen 4 enthalten die Literaturangaben keine näheren Auslassungen. Ob zu den letal verlaufenen Beobachtungen Fall 13 zu rechnen ist, ist sehr fraglich, da, wie auch M o s e s schon mit Recht annimmt, dieser Fall wahrscheinlich kein Hämatom, sondern ein maligner Tumor war.

Die Prognose der Psoashämatome dürfte wohl in erster Linie von dem konstitutionellen Befinden der Patienten ab-

hängen. Da die Psoashämatome gerade besonders häufig bei Blutkrankheiten vorkommen, so ist der Ausgang der Affektion naturgemäß durch das Grundleiden bedingt.

In den Fällen, wo wir sicher das Fehlen einer allgemeinen Erkrankung annehmen können (cf. z. B. Fall 16), dürfte die Prognose keine wesentlich andere sein, als die der übrigen an anderen Körperstellen sich findenden Blutergüsse. Dem Vorhandensein von zu Blutungen disponierenden Erkrankungen ist besonders bei den älteren in der Literatur niedergelegten Fällen wohl nicht die nötige Beachtung geschenkt worden. In jedem Falle dürfte auf Grund unserer bisherigen Erfahrungen in der Literatur es erforderlich sein, bei der Indikationsstellung und der klinischen Bewertung der Affektion eine genaue Blutuntersuchung vorzunehmen.

Zum Schluß spreche ich Herrn Geheimrat Küttner für die Überlassung des Materials und Herrn Professor Coenen für seine liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen ergebensten Dank aus.

Literatur-Verzeichnis.

1. Bergmann, Bruns, Mikulicz: Handbuch der Chirurgie.
2. Carrive: These de Lyon 1897, ref. Bruns Beitr. Bd. 47 S. 598.
3. Earle: Méd. chir. Transact. 1819, T. VI pag. 96.
4. Fleischer u. Penzoldt: Archiv für klin. Med. Bd. 26 S. 368.
5. Foot: Ref. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. 17.
6. Gayet: Virchows Jahresberichte über die Leistungen und Fortschritte der gesamten Medizin, 1895 II, 54.
7. Gayet: Gazet hebdomal.
8. Klein: Archiv général de med. et de pharmazie milit. ref. Bruns Beitr., Bd. 47 pag. 599.
9. Koch: Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, Bd. 118 H. 3 u. 4.
10. Lachepelle: Pract. d'accouche, T. III, 1825, pag. 85.
11. Lemp: De haemophilia nonnullo adjecto morbo specimine rarieri, Inaug.-Diss. Berlin 1851.
12. Maydel: Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Bd. 17.
13. Müller: Monatsschrift für Unfallkunde, 1895.
14. Moses: Bruns Beitr., Bd. 47 S. 592 u. f.
15. Pithau, Billroth: Allgemeine und spezielle Chirurgie, II, 2 pag. 870.
16. Roux: Journal de méd. et de chirurgie pract., 1844, pag. 425.
17. Sagot: Union méd., 1851, pag. 55.
18. Sédillot: Mémoire sur la ruptur musculaire. Mémoire et prise de la soc. méd. de Paris 1817, pag. 155.
19. Sédillot: Mémoire de la soc. méd. d'Enual 1797, pag. 159.
20. Thiem: Deutsche Chirurgie, Bd. 67.
21. Wagner: Deutsche med. Wochenschrift 1912, Nr. 35.

Lebenslauf.

Ich, Erich Emanuel Kleemann, jüdischer Religion und preußischer Staatsangehöriger, wurde am 8. Oktober 1886 als Sohn des Klempnermeisters und Hausbesitzers Heinrich Kleemann und seiner Gattin Lina, geb. Baron, zu Kattowitz O/S. geboren. Nachdem ich dort die Städtische Mittelschule und das Gymnasium bis zur Obersekunda besucht hatte, bestand ich am 26. März 1907 am Kgl. Gymnasium zu Groß Strehlitz O/S. die Reifeprüfung. Hierauf bezog ich die Universität Heidelberg, ging dann für 2 Semester nach München, um die beiden letzten vorklinischen Semester wieder in Heidelberg zu verbringen, wo ich am 21. Juli 1909 die ärztliche Vorprüfung bestand. Von da an studierte ich bis zum Staatsexamen in Breslau, wo ich auch vom 1. Oktober 1909 bis 31. März 1910 meiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte.

Am 10. Mai 1912 bestand ich das ärztliche Staatsexamen. Dann war ich bis zum 1. Juli 1912 an der Kgl. Universitätsohrenklinik (Dir. Prof. Hinsberg) als Medizinalpraktikant beschäftigt, von wo ich zur Beendigung meines praktischen Jahres an die interne Abteilung des israelitischen Krankenhauses (Dir. Geh. Sanitätsrat Dr. Sandberg) ging und wo ich augenblicklich als Assistent tätig bin.

Während meines Studiums hörte ich die Vorlesungen folgender Herren:

Allard, Bonhoeffer, Borinski, Braus, Bruck, Burger, Coenen, Curtius, Elsenhas, Filehne, Fürbringer, L. Fränkel, Göppert, Groenouw, Hannes, Hasse, Hertwig, Hinsberg, Klebs, Klaatsch, Koch, Koßel, Kraaft, Küstner, Küttner, Lenard, Lenz, Lesser, Ludloff, Mann, Minkowski, Mollier, Neißer, Pfeiffer, Pirquet, Pohl, Ponfick, Quincke, Rückert, Schäffer, Schuberg, Uhlig, Uhthoff, Voll, Winkler, Ziegler.

Allen diesen meinen verehrten Lehrern meinen herzlichsten Dank.